معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فرم علل تکرار تست		
	ویرایش : ۱	تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۰۴
	گروه : فنی	بخش :

فرم علل تکرار تست در بخش----------

تاریخ	نام بیمار	نام تست	علت تکرار / نوع تکرار	نتیجه اول	نتیجه دوم	نتیجه نهایی

علت تکرار (A)		نوع تکرار (B)	
تردید انجام دهنده آزمایش	A1	روی همان نمونه با همان روش	B1
نتیجه کنترل کیفی	A2	روی همان نمونه با روش / دستگاه / فرد دیگر	B2
نظر سوپروایزر / مسئول فنی	A3	روی نمونه جدید با همان روش	B3
نظر پزشک معالج / بیمار	A4	روی نمونه جدید با روش / دستگاه / فرد دیگر	B4

توضیح: در دفتر کار و نیز گزارش نهایی بیمار تمامی تکرارها با علامت * و یا R مشخص می گردد.

آدرس : خیابان ابن سینا- نبش سنبلستان
تلفن : ۰۳۱۳۴۴۷۶۰۶۰